

Bartłomiej Taurogiński^{1,2}, Aleksandra Katarzyna Tomaszewicz^{1,2}

MIEJSCE TERAPII WIELORODZINNEJ W LECZENIU NASTOLATKÓW CHORUJĄCYCH NA ANOREKSJĘ PSYCHICZNĄ. OPIS METODY I DOTYCHCZASOWYCH WYNIKÓW BADAŃ

POSITION OF MULTI-FAMILY APPROACH IN THE THERAPY OF ADOLESCENTS WITH ANOREXIA NERVOSA. DESCRIPTION OF THE METHOD AND RESULTS OF CLINICAL STUDIES

¹ Ambulatorium Terapii Rodzin Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych,
Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

² Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

**multi-family therapy
eating disorders
child and adolescent psychotherapy**

Streszczenie

Autorzy, kontynuując tematykę terapii wielorodzinnej (ang. Multi-family therapy — MFT), przedstawiają zastosowanie tego rodzaju oddziaływań terapeutycznych w leczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania. Metoda pracy terapeutycznej, w której uczestnikami jest równocześnie kilka systemów rodzinnych borykających się z chorobą swojego dziecka, jest stosowana na świecie od późnych lat osiemdziesiątych, jednak jej intensywny rozwój nastąpił w ostatnich dwudziestu latach. Autorzy, opierając się na licznych doniesieniach naukowych, wskazują na zalety terapii wielorodzinnej w leczeniu nastolatków z anoreksją. Przytaczają modele oparte o doświadczenie i pracę kilku europejskich zespołów terapeutów i przedstawiają wyniki przeprowadzonych dotąd badań. Terapia wielorodzinna okazuje się metodą równie skuteczną, co klasyczna terapia rodzin w leczeniu omawianej grupy pacjentów. Jej zaletą jest aktywne wykorzystywanie zasobów uczestników oraz tworzenie kontekstu przyspieszającego zachodzenie zmian w rodzinach. Ze względu na niedostateczną liczbę danych omawiany sposób pracy wymaga prowadzenia dalszych badań nad jego skutecznością. Autorzy rekomendują włączanie tego rodzaju oddziaływań do oferty leczenia zaburzeń odżywiania na terenie Polski.

Summary

The authors, continuing to write about multifamily therapy (MFT), present the multifamily approach to the treatment of patients with eating disorders. This method of therapy, with simultaneous participation of several family systems that struggle with a disordered child, has been practiced since the 1980s but its intensive development occurred mostly in the last twenty years. The authors, drawing from several reports, point to the benefits of multifamily therapy as a method of treatment of anorexic teenagers. They present models of therapy that have been utilized by different clinical

teams and present the results of clinical studies. Multi-family therapy for teenagers with anorexia seems to be as effective as traditional family therapy. Its advantage is that it actively uses resources of the participants and creates the context for rapid growth in families. Due to insufficient data, the discussed method of work requires further research on its effectiveness. The authors recommend incorporating this approach to eating disorder treatment programs that are already existing in Poland.

Wstęp

Anoreksja psychiczna jest zaburzeniem, które prowadzi do znacznego pogorszenia jakości życia pacjenta i jego rodziny. Jest przyczyną pojawienia się lęku o jego życie, niepewności, co do dalszego przebiegu choroby, powoduje często bezradność prowadzącą do złości. Uczucia te dotyczą nie tylko pacjenta i jego najbliższego otoczenia, ale także profesjonalistów, którzy decydują się na pracę z pacjentami z zaburzeniami odżywiania. Nie jest to zaskakujące w obliczu tego, że odnotowywane współczynniki umieralności w omawianej grupie pacjentów są najwyższe, jeśli porównać je ze wskaźnikami dotyczącymi populacji pacjentów cierpiących na inne choroby psychiczne.

Anoreksja psychiczna występuje dość powszechnie. Dane epidemiologiczne oszacowane w ramach szeroko zakrojonych badań populacyjnych prowadzonych w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych wynosiły 0,9% w populacji kobiet oraz 0,3% w populacji mężczyzn [1]. Na gruncie polskim nie prowadzono dotąd podobnych badań populacyjnych w zakresie wskaźników umieralności wśród pacjentów chorujących na anoreksję. Można założyć jednak, że współczynnik ten w populacji polskiej jest porównywalny ze współczynnikami cechującymi inne kraje Europy Zachodniej oraz Stany Zjednoczone.

Autorzy opublikowanych w 2008 roku w Polsce standardów leczenia zaburzeń odżywiania stwierdzili, że większość pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego może być leczona w trybie ambulatoryjnym [2]. Zgodnie z założeniami możliwość podjęcia terapii w tym trybie uzależniona jest od kilku czynników, takich jak: motywacja pacjenta, stwierdzenia u niego występowania innych zaburzeń psychicznych czy poważnych powikłań stanu somatycznego oraz wskaźnika BMI pacjenta (czy jest zbyt niski, by prowadzenie leczenia ambulatoryjnego było bezpieczne). Pacjentom, których leczenie ambulatoryjne z uwagi na powyższe jest niemożliwe, proponuje się oddziaływanie w oddziale psychiatrycznym. Hospitalizacja w oddziale stacjonarnym jest wówczas dobrym antidotum na nasilone uczucie lęku i zagrożenia, jakie pojawiają się u członków rodziny oraz personelu leczącego.

W literaturze wskazuje się także na subpopulację pacjentów (do nawet około 10 procent trafiających do leczenia w ośrodku wyższego stopnia referencyjności), wobec których zastosowanie zalecanych sposobów leczenia nie przynosi zadowalających rezultatów i wymagających licznych hospitalizacji oraz większej ilości oddziaływań terapeutycznych [3].

W Polsce, w sektorze publicznej ochrony zdrowia, nie ma wyspecjalizowanych ośrodków typowo zajmujących się kompleksowym leczeniem nastolatków z zaburzeniami odżywiania. Leczenie ich w warunkach szpitalnych odbywa się głównie w oddziałach ogólnopsychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Pracą ambulatoryjną zajmują się poszczególni specjaliści — psychiatry dzieci i młodzieży, psychoterapeuci i terapeuci rodzinni. Niektóre poradnie w Polsce tworzą wyodrębnione podstruktury dedykowane leczeniu omawianej grupy pacjentów — przykładem tego jest Ambulatorium Terapii Rodzin funkcjonujące w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

Terapia rodzin w leczeniu pacjentów z anoreksją psychiczną

Rola rodziny i jej znaczenie w genezie zaburzeń odżywiania u dziecka została zauważona już w XIX wieku [4]. Terapeuci stosujący psychoanalizę zwrócili uwagę na wpływ relacji rodzinnych na rozwój omawianych zaburzeń, jednak pominięcie roli członków rodziny, takich jak ojciec czy rodzeństwo, a przez to obarczenie odpowiedzialnością postaci matki, spotkało się z liczną krytyką [5].

Nieco później Minuchin [6, 7] i Selvini C [8] zaobserwowali specyficzne cechy u rodzin, które borykały się z problemem zaburzeń odżywiania dzieci. Wspomniani badacze w systemach rodzinnych wskazywali na bardzo bliskie relacje członków rodziny, brak jasnych granic pomiędzy podsystemami oraz na tendencje do unikania konfliktów. Minuchinowski model „rodziny psychosomatycznej” stał się jednym z fundamentów w rozumieniu pacjentów z zaburzeniami odżywiania. W jego myśl należało kłaść nacisk na obserwację interakcji wewnątrzrodzinnych oraz ich wpływu na patogenezę anoreksji, a czyniona obserwacja miała być źródłem inspiracji do odnajdywania właściwych oddziaływań terapeutycznych odpowiadających potrzebom tych rodzin.

Według wyników badań przeprowadzonych przez Minuchina, u nastolatków cierpiących na anoreksję, gdy głównym oddziaływaniem była terapia rodzinna, często udawało się ominąć konieczność hospitalizacji. Pod koniec leczenia około 50–65% pacjentek osiągnęło prawidłową masę ciała, 60–90% całkowicie odzyskało zdrowie, a u 10–15% choroba przybrała postać przewlekłą [7].

Pod koniec lat 70. ubiegłego wieku w londyńskim Maudsley Hospital został stworzony nowy paradygmat leczenia zaburzeń odżywiania. W dużej mierze opierał się on na doświadczeniach zespołów Minuchina i Palazzoli, lecz różnił go sposób postrzegania rodziny. Zgodnie z paradygmatem leczenia pacjentów z anoreksją praktykowanym w Maudsley, rodzina i dynamika relacji wewnątrzrodzinnych przestała być głównym czynnikiem, na który należało oddziaływać, a stała się potencjalnym źródłem zmiany w terapii. Zwrócono bowiem uwagę na ciężar poczucia winy, jakim obarczani są rodzice i zdecydowano o potraktowaniu rodziny jako atrybutu i zasobu, a nie jarzma [4]. Obecnie modele wyjaśniające etiologię zaburzeń odżywiania, w których rodziny obarczane są odpowiedzialnością za rozwój choroby, nie są popierane przez środowisko profesjonalistów.

Z biegiem lat przybywało doniesień świadczących o skuteczności terapii rodzinnej w leczeniu pacjentek z zaburzeniami odżywiania. Wyniki swoich badań dokumentowali m.in. klinicyści badacze z Maudsley Hospital [9–14], ze Szpitala Dziecięcego w Michigan w Stanach Zjednoczonych [15,16] oraz innych ośrodków. Na dobroczynny wpływ terapii rodzin w leczeniu pacjentów z zaburzeniami odżywiania wskazali także autorzy przeglądów i metaanaliz [17–19], a terapia rodzinna została uznana za metodę leczenia z wyboru w wielu oficjalnych wytycznych [20, 21].

Również w Polsce istnieje długoletnia tradycja pracy z rodzinami, które borykają się z zaburzeniami odżywiania u dziecka. Swoje doświadczenia opisują zespoły badaczy i klinicystów, którzy stosują terapię rodzinną jako samodzielną metodę terapeutyczną lub w połączeniu z innymi oddziaływaniami [2, 22, 23].

Terapia wielorodzinna w leczeniu pacjentów z anoreksją psychiczną

Pomysły, by oddziaływaniami terapeutycznymi obejmować kilka rodzin równocześnie, pojawiły się już w latach 60. ubiegłego wieku, a ich pierwszym propagatorem był psychiatra Peter Laqueur, który dziś uznawany jest za ojca terapii wielorodzinnej [24]. Metoda, która początkowo stosowana była jako wspomagająca w leczeniu pacjentów psychotycznych (równoległe z popularnym ówczesnie leczeniem wstrząsami insulinowymi), z biegiem lat znajdowała zastosowanie w coraz to innych kontekstach. Największe zasługi w rozwijaniu tego podejścia terapeutycznego ma brytyjski psychiatra — Eia Asen [25–27]. Jak dotąd w zeszytach Psychoterapii opublikowane zostały dwa artykuły dotyczące terapii wielorodzinnej — na temat historii jej powstawania i rozwoju [28] oraz na temat zastosowania jej w pomaganiu rodzinom tzw. wieloprogowym [29].

Rodzina, w której nastolatek cierpi na anoreksję psychiczną, często mierzy się ze wstydem i poczuciem winy. Czas posiłków, zamiast być przyjemny i przekładać się na pogłębianie więzi rodzinnych, obfituje w napięcie, niechęć, a czasem nawet złość i agresję. Trudność we wspólnym spożywaniu posiłków utrudnia realizowanie społecznej funkcji jedzenia, co sprawia, że rodzina nie decyduje się na spędzanie dni świątecznych w powiększonym gronie. Nastolatek natomiast nie zaprasza do domu znajomych i nie przyjmuje propozycji spędzania czasu z rówieśnikami poza domem. Pojawianie się w miejscach publicznych z niedożywionym nastolatkiem może być powodem poczucia wstydu i zakłopotania. Wszystko powyższe prowadzi z czasem do narastania w rodzinie poczucia wyobcowania i izolacji społecznej. W rodzicach buduje się równocześnie poczucie braku skuteczności i wiary we własne możliwości. Spotkanie z innymi rodzinami, których doświadczenia są bardzo zbieżne, ułatwia destygmatyzację i pomaga w złagodzeniu uczucia wyobcowania, które są szczególnie silne w rodzinach mierzących się z problemem anoreksji. Obecność stosunkowo małej liczby członków personelu podczas sesji, po pierwsze tworzy bardziej „rodzinną” niż „medyczną” atmosferę, a po drugie jest jednoznaczna z uznaniem, że rodziny mają wystarczające zasoby, by sobie skutecznie radzić i nie potrzebują do tego rzeszy profesjonalistów. Jest to szczególnie ważne w przypadku rodzin, których nastolatek przechodził leczenie w oddziale stacjonarnym, gdzie udało mu się odzyskać masę ciała, utraconą następnie po wypisie, co zgodnie z doświadczeniami wielu ośrodków prowadzących leczenie stacjonarne jest dość typowym zjawiskiem [9, 11, 30]. Taki bieg zdarzeń może prowadzić do przekonania rodziców o swojej nieudolności i o konieczności wspierania się instytucjami i profesjonalistami w leczeniu. Członków rodzin, w dość typowy dla tej grupy osób sposób, cechują także zniekształcone sposoby postrzegania i myślenia (np. dotyczące tego, jaki skład i objętość posiłku są adekwatne, jaka masa ciała jest zdrowa) przy jednoczesnym zachowaniu krytycyzmu i trafnej, intuicyjnej oceny zachowania i sposobu myślenia innych rodzin. Spotkanie w ramach sesji wielorodzinnej umożliwia zatem przyglądanie się problemom z różnych perspektyw i uczenie się od siebie nawzajem. Rozwój terapii wielorodzinnej można zatem przypisać korzyściom, podkreślanym zarówno przez klinicystów, jak i uczestników. Zebrano je w tabeli 1.

Tab. 1. Przesłanki uzasadniające prowadzenie terapii wielorodzinnej [modyfikowano za: 28]

Tworzenie poczucia solidarności
Pokonywanie stygmatyzacji i izolacji społecznej
Poszukiwanie nowych perspektyw
Uczenie się od siebie nawzajem
Bycie odzwierciedlanym w innych
Pozytywne wykorzystanie wpływu grupy
Wzajemne wsparcie oraz udzielanie sobie informacji zwrotnych
Odkrywanie i budowanie nowych kompetencji
Eksperymentowanie z rodzinami „zastępczymi” i opieka nad cudzymi dziećmi
Intensyfikacja interakcji i doświadczeń
Wzbudzanie nadziei
Testowanie nowego zachowania w bezpiecznych warunkach
Wzmacnianie zdolności do autorefleksji
Zachęcanie do otwartości i wzmacniania pewności siebie poprzez publiczną wymianę doświadczeń i interakcji

Pierwsze doniesienia na temat prowadzenia terapii wielorodzinnej w pracy z pacjentami z zaburzeniami jedzenia zostały opublikowane w 1989 roku. Mowa tu o zespole Slagermana i Yagera [31], którzy opisali doświadczenia płynące z prowadzenia terapii wielorodzinnej składającej się z sześciu sesji dedykowanych rodzinom pacjentów z anoreksją lub bulimią. Sesje charakteryzowały się wysokim stopniem ustrukturyzowania, w trakcie ich trwania stosowano różne techniki pracy, sięgając po psychoedukację, zadania domowe, trening umiejętności i grupę dyskusyjną. Rodziny odebrały ten rodzaj wsparcia bardzo pozytywnie, ich członkowie twierdzili jednak, że program (6 spotkań) jest zdecydowanie za krótki na ich potrzeby.

Od około 2000 roku dwa zespoły badaczy klinicystów: zespół Scholza i Asena z Drenna [26, 30, 32] oraz zespół Maudsley kierowany przez Dare’a oraz Eislera z Londynu [3, 33–35], zastosowały omawiany w niniejszym opracowaniu rodzaj leczenia u rodzin, w których dziecko cierpiało na anoreksję psychiczną. Obydwa ośrodki wdrożyły programy terapii wielorodzinnej zgodnie z paradygmatem leczenia pacjentów z anoreksją, który powstał w Maudsley, gdzie myślą przewodnią było wsparcie w procesie zdrowienia rodzin nieodnoszących korzyści w terapii rodzinnej prowadzonej indywidualnie [3, 36, 37]. Jednocześnie inspirowali się pracą Ei Asena, który w londyńskim The Malborough Day Hospital z dużymi sukcesami stosował terapię wielorodzinną w ramach „oddziału dziennego dla rodzin wieloproblemowych” [27, 38]. Sprawilo to, że obydwa zespoły zdecydowały o prowadzeniu terapii w *settingu* oddziałów całodziennych. Wypracowany przez obydwa zespoły sposób pracy był więc kombinacją własnego doświadczenia w pracy z pacjentami z zaburzeniami odżywiania z założeniami terapii wielorodzinnej i programu dziennego Asena.

W tym samym czasie na terenie Francji [39] i Anglii [40] zaczął rozwijać się model pracy wielorodzinnej w zaburzeniach odżywiania, który również był oparty o koncepcje systemowe, ale nie był tak „strukturalny”, jak model Maudsley. Okazuje się więc, że na terenie Europy terapia wielorodzinna w zaburzeniach odżywiania rozwijała się w trzech różnych modelach (które częściowo zostaną omówione w niniejszej publikacji): w paradygmacie Maudsley, w klasycznym nurcie systemowym oraz w modelu psychoedukacyjnym [41].

Doświadczenia zespołu z Drezna

Doświadczenia drezdeńskie opisane zostały w serii artykułów oryginalnych opublikowanych przez Michaela Scholza [30, 32]. Projekt włączenia terapii wielorodzinnej do oferty terapeutycznej ośrodka rozpoczął się w 1998 roku. Eksperymentowano z liczbą dni, jakie przeznaczano na terapię. Mogło to być pięć dni roboczych pod rząd, jeden cały weekend lub jeden cały dzień, ale powtarzany co 3 tygodnie przez 6 miesięcy. Ostatecznie program terapeutyczny ustalono na kilka bloków składających się łącznie na 20 dni rozciągniętych na cały rok. W programie drezdeńskim leczenie rozpoczynało się od bloku pięciodniowego, po 3 tygodniach przerwy odbywał się drugi, trzydniowy blok, następnie rodziny spotykały się w dwudniowych blokach raz w miesiącu, a w ostatniej fazie leczenia spotkania odbywały się raz w miesiącu. Przykładowy plan dnia wypracowany przez zespół drezdeński podano w tabeli 2.

Tab. 2. Przykładowy plan dnia (modyfikowano za [7])

8.45	Pomiar masy ciała każdego pacjenta (uczynienie kwestii jedzenia oraz masy ciała jako kluczowej sprawy w terapii)
9.00	Początkowa pogadanka oraz dyskusja w grupach (przedstawienie zasad terapii wielorodzinnej, powodów, dla których organizuje się spotkanie kilku rodzin jednocześnie, elementy psychoedukacji)
9.30	Wspólne śniadanie (obserwacja wzorców zachowania rodzin w czasie posiłku)
10.00	Zajęcia artystyczne (prace manualne dotyczące obrazu własnego ciała, stosunku do jedzenia)
11.15	Refleksje grupowe (przedstawienie przez rodziny wyników swojej pracy z zajęć artystycznych i udzielanie przez rodziny sobie wzajemnie informacji zwrotnych)
12.30	Wspólny lunch (zasadniczy punkt programu, próba zmiany problemowych interakcji pomiędzy pacjentami a rodziną in vivo)
13.15	Czas wolny (nieformalny czas dla rodzin na swobodną rozmowę i nawiązywanie kontaktu)
13.45	Sesja terapeutyczna z użyciem techniki videofeedbacku (odtworzenie na ekranie nagranych w ciągu danego dnia kluczowych sytuacji i momentów, dzielenie się komentarzem przez uczestników)
15.00	Refleksje grupowe (rozmowa na temat pracy terapeutycznej wykonanej danego dnia)
16.30	Herbata i zakończenie (kolejna okazja dla rodzin na prowadzenie nieformalnych rozmów lub umawianie się na spotkania poza programem)

Zespół początkowo wprowadził techniki pracy wielorodzinnej jako równoległe do innych form oddziaływań. W przypadku pacjentów z nienasilonymi objawami anoreksji

psychicznej była to terapia rodzinna oraz psychoterapia indywidualna pacjenta identyfikowanego prowadzone w trybie ambulatoryjnym, a w przypadku cięższych chorych pacjentów było to leczenie szpitalne. Za kryteria przyjęcia do leczenia w trybie stacjonarnym uznawano szybko postępującą utratę masy ciała mimo podjęcia leczenia w trybie ambulatoryjnym, BMI mniejsze niż 15, bradykardię i nasilone objawy depresyjne oraz epizody samookaleceń. Z racji poziomu referencyjności ośrodka, kierowani do niego byli głównie pacjenci o ciężkim przebiegu zaburzenia. W ramach pobytu w oddziale obejmowano pacjentów licznymi formami oddziaływań o charakterze interwencji behawioralnych, psychoterapii indywidualnej prowadzonej w paradygmacie psychodynamicznym lub poznawczym oraz rutynowo u każdego pacjenta przeprowadzano także kilka sesji terapii rodzinnej w codwutygodniowych odstępach. Po uzyskaniu odpowiedniej masy ciała etap hospitalizacji dobiegał końca, jej średni czas trwania wynosił około 12 tygodni. Po wypisie pacjenci byli kierowani do dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym, gdzie podstawą oddziaływań stawały się psychoterapia indywidualna oraz terapia rodzinna.

Od 2003 roku, ze względu na udział zespołu w wieloosrodkowym badaniu na temat skuteczności różnych form oddziaływań (terapia indywidualna vs terapia rodzinna vs terapia wielorodzinna), w ośrodku drezdeńskim zaczęto kwalifikować pacjentów do poszczególnych, nielączonych form oddziaływań, co przełożyło się na prowadzenie leczenia rodzin i pacjentów w pojedynczej modalności (oznaczało to np., że nawet ciężko chorzy pacjenci byli leczeni metodą terapii wielorodzinnej bez równoczesnej hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym). W prowadzenie jednej grupy zaangażowany był zespół składający się z dwóch pielęgniarek, psychologa, pracownika socjalnego, psychiatry oraz terapeuty zajęciowego, a ich role były różne (praca terapeutyczna/obserwacja/konsultacja/supervizja).

Leczenie w ramach modelu wielorodzinnego rozpoczynało się od rozmowy z rodziną na temat metody i formy pracy terapeutycznej, stawianych celów terapeutycznych oraz badania motywacji rodziny do uczestnictwa. Podczas pierwszego wywiadu rodzina zapraszana była na zaplanowane spotkanie zapoznawcze (tzw. *tasting evening*), w którym uczestniczyli także członkowie rodzin, którzy zakończyli leczenie w modelu wielorodzinnym (występowali wówczas w roli „ambasadorów” lub „ekspertów poprzez doświadczenie”). W doświadczeniu zespołu z Drezna spotkanie to pozwalało na zachęcenie sceptycznie nastawionych rodzin do uczestnictwa w proponowanym modelu pracy terapeutycznej.

Pierwsza faza leczenia w modelu drezdeńskim koncentrowała się głównie wokół objawu i wzmocnienia roli rodziców w skutecznym radzeniu sobie z nieprzystosowawczym zachowaniem dziecka. Rodzice zachęceni byli do tego, żeby byli wytrwali i konsekwentni we wprowadzaniu planu żywieniowego oraz do skutecznego korzystania z zasobów i rozwijania swoich umiejętności. Przekazywana była im informacja o tym, że to właśnie oni (a nie personel) są odpowiedzialni za to, żeby wpływać na swoje dzieci i mobilizować je do zmiany, czyli ustanawiać adekwatne granice i nie wdawać się w niepomocne negocjacje dotyczące żywienia. Terapeuci unikali wyręczania rodziców z zadania i w tym kontekście nie modelowali zachowania. W tej fazie terapii zasadniczą część pracy terapeutycznej wydarzała się podczas posiłków, kiedy wyraźne stawały się problemowe interakcje rodzinne i wzorce komunikacji. Wykorzystywano wówczas zasoby innych rodziców, sięgając po nowe perspektywy oraz zachowania (np. poprzez poproszenie rodziców z jednej rodziny, by pomagali przy posiłku pacjentowi z drugiej).

W drugiej fazie leczenia terapia obierała inny kurs i przechodziła stopniowo z tematów dotyczących odżywiania, na relacje wewnątrzrodzinne (np. hierarchię w rodzinie, sojusze i koalicje, „sekrety rodzinne”, specyficzne zakłócenia w komunikacji, nieadekwatne zaangażowanie emocjonalne, wysoki poziom krytycyzmu). W tej fazie terapii rodzice zachęcani byli do szukania sposobów radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi, jakie spowodowała u nich choroba dziecka. Refleksje często dotyczyły także ich własnych wartości i aspiracji.

Trzecia faza terapii dotyczyła omawiania kwestii pozwalających na zapobieganie nawrotom choroby, czyli np. wczesnego wykrywania objawów. Praca w ramach tej fazy dotyczyła również autonomii nastolatka, szczególnie w sprawach dotyczących jedzenia oraz ciała.

Podczas gdy pierwsza faza terapii wielorodzinnej głównie opierała się o idee Minuchinowskiej strukturalnej terapii rodzin, to w drugiej i trzeciej terapeutyci swobodnie korzystali z idei praktykowanych przez zespół mediolański, w podejściu narracyjnym oraz skoncentrowanym na rozwiązaniach.

Według zespołu z Drezna w zasadzie jedynymi przeciwwskazaniami do uczestnictwa w terapii wielorodzinnej były ostre zaburzenie psychiatryczne, ciężkie zaburzenia depresyjne lub niepełnosprawność intelektualna u członka rodziny. Terapeuci nie decydowali się także na zakwalifikowanie do leczenia rodzin, w których pojawiła się przemoc domowa oraz innego rodzaju nadużycia, a także rodzin, w których występowały konflikty tak dużego nasilenia, że jej członkowie nie byli w stanie przebywać w jednym pomieszczeniu.

Doświadczenia zespołu z Londynu

W 2000 roku londyńscy terapeuci Christopher Dare i Ivan Eisler [3] opisali terapię wielorodzinną jako nowy rodzaj oddziaływań w leczeniu zaburzeń odżywiania. Powołując się na liczne doniesienia [10, 14, 15] stwierdzali, że istotnym punktem w pracy z nastolatkami chorującymi na anoreksję jest psychoterapia rodzinna. Wnieśli swoje doświadczenia dotyczące leczenia licznej grupy pacjentów, dla których tradycyjna praca z rodziną w trybie ambulatoryjnym okazywała się niewystarczająca. Zaproponowali więc zintensyfikowanie oddziaływań w postaci spotkań terapii wielorodzinnej, która jednoczy siły kilku rodzin, a przez to maksymalizuje liczbę doświadczeń, perspektyw i możliwości wzajemnego wsparcia współuczestników.

Wszyscy zaproszeni do udziału w programie leczenia pacjenci wraz z rodzicami na początku mieli pojawić się na spotkaniu, które skupiało się wokół medycznych i psychiatrycznych elementów stanu zdrowia pacjenta identyfikowanego, by ustalić diagnozę oraz rodzaj zaburzenia, z którymi się borykają. Był to również moment poświęcony na opisanie przez rodziny wcześniejszych doświadczeń w terapii, poznanie ich przekonań dotyczących źródła pochodzenia i natury chorowania, a także poznanie oczekiwań dotyczących leczenia. Po przeprowadzonym w ten sposób wywiadzie wstępnym terapeuci mogli zaprosić rodziny do uczestniczenia w kolejnym spotkaniu terapii wielorodzinnej lub podjąć inne, dostosowane do potrzeb pacjenta i rodziny, kroki terapeutyczne. Autorzy opisali 24-tygodniowy program o swoistym harmonogramie. Pierwszy tydzień leczenia rozpoczynał się czterema dniami terapii w godzinach od 9.00 do 17.00. W kolejnym tygodniu rodziny spotykały się

przez cały dzień. Częstotliwość kolejnych spotkań rozrzedzała się do miesiąca, podczas którego terapeuci mogli przeprowadzać indywidualne spotkania dla potrzebujących tego rodzin. Dalsze oddziaływania terapeutyczne były prowadzone przez pół dnia. Pierwsze dwa spotkania (w odstępach co 4 tygodnie, kolejne co 6 tygodni) rozpoczynały się o godzinie 13.00, by podczas nich rodziny mogły wspólnie spożyć posiłek. Kolejno, przez rok, rodziny miały możliwość pojawiać się indywidualnie na sesjach, by kontynuować proces terapii. Do uczestnictwa w programie byli zapraszani wszyscy członkowie rodziny, którzy czuli się zaangażowani, również rodzice po rozstaniu czy potomstwo, które opuściło rodzinny dom. Rodzeństwo nie uczestniczyło tylko w pierwszym spotkaniu terapii wielorodzinnej, natomiast w trakcie trwania terapii to właśnie relacje między rodzeństwem stawały się bardzo istotnym obszarem pracy. Większość powstałego programu zawierała werbalne techniki leczenia, tj. psychoedukację, terapię rodzinną, grupową, które przeplatane były spotkaniami zarówno z wieloma rodzinami (czasami oddzielnie grupa nastolatków, a oddzielnie dorosłych), jak i z pojedynczymi. W programie swoje miejsce znalazło też wspólne przygotowanie posiłków oraz ich spożywanie, także toczące się swobodnie dyskusje, które dotyczyły sposobów radzenia sobie rodziców z pokonaniem strachu przed jedzeniem i zyskiwaniem na wadze przez ich dziecko [3, 35].

Doświadczenia belgijsko-francuskie

Zoe Gelin w swojej publikacji z 2016 roku [42] w sposób bardzo przejrzysty przedstawia dwa modele terapii wielorodzinnej, które dominują na terenie Belgii i Francji. Jako pierwszy prezentuje model inspirowany i zorientowany, jak w przykładach powyżej, czyli oparty o założenia wypracowane w Maudsley. Drugi z nich jest integracją modelu opartego o koncepcje systemowe, który skupia w sobie zarówno myślenie o zaburzeniach odżywiania, jak i relacjach wewnątrz- i zewnątrzrodzinnych. Model ten rozwinął się w 1990 roku jako rodzaj leczenia zaburzeń odżywiania dla dzieci i młodzieży w Szpitalu Roberta Debre w Paryżu [39, 42]. Początkowo stosowano tam tradycyjną terapię rodzinną, a program terapii wielorodzinnej został włączony do oddziaływań terapeutycznych w 2000 roku i odwoływał się do specyficznych potrzeb rodzin, nieodnoszących wystarczających korzyści w pojedynczej terapii rodzinnej, w których chorujący nastolatek/dziecko doświadczył/o wielokrotnych hospitalizacji lub jego leczenie ambulatoryjne zakończyło się niepowodzeniem. Paradygmat systemowy w tym wypadku zwracał uwagę na trzy istotne obszary: 1) patrzenie na objawy psychiczne w ramach kontekstu systemu społecznego pacjenta; 2) włączanie wszystkich członków rodziny w proces terapeutyczny; 3) widzenie problemów, źródeł i preferowanych rozwiązań z perspektywy pacjenta.

Skuteczność terapii wielorodzinnej w leczeniu nastoletnich pacjentów z anoreksją psychiczną

Doniesienia na temat skuteczności terapii wielorodzinnej jak dotąd w większości pochodziły z pojedynczych nierandomizowanych, otwartych badań klinicznych. Autorzy projektów badawczych raportowali poprawę u pacjentów w zakresie: masy ciała i nawyków żywieniowych, motywacji do zdrowienia, nastroju i samooceny, jakości życia, wzmocnienia wiary rodziców we własne możliwości [12, 32, 34, 43–46] oraz zmniejsze-

nia liczby hospitalizacji wraz z czasem ich trwania [30, 43]. Odnotowywano także mały odsetek rezygnacji z terapii, a informacje zwrotne od rodzin wskazywały na duży poziom satysfakcji z leczenia [3, 30].

Jak dotąd przeprowadzono jedno badanie wielośrodkowe z randomizacją [35] oceniające skuteczność terapii wielorodzinnej w porównaniu z klasyczną terapią rodzin. Przeprowadzenie drugiego takiego badania jest zaplanowane we Francji, a protokół badawczy opublikowany został przed kilkoma miesiącami [47]. Konkluzją płynącą z zakończonego randomizowanego badania w Londynie była obserwacja, że terapia wielorodzinna jest równie skuteczna, co klasyczna terapia rodzin, a w niektórych wymiarach (np. pacjenci losowo dobrani do terapii wielorodzinnej po roku obserwacji statystycznie częściej otrzymywali kategorię „dobry” lub „pośredni” w skali Morgana-Russella oceniającej nasilenie objawów zaburzeń odżywiania) przynosiła więcej korzyści.

Podsumowanie

Myślenie systemowe i terapia rodzinna mają długą tradycję w zakresie leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania. Fakt ten znajduje swoje odzwierciedlenie w przeglądach piśmiennictwa oraz standardach leczenia, których autorzy zalecają zastosowanie terapii rodzinnej jako leczenia pierwszego wyboru. Terapia wielorodzinna, stanowiąca swoistą hybrydę terapii rodzinnej i grupowej, jest praktykowanym od niedawna sposobem pracy, który umożliwia intensyfikację oddziaływań terapeutycznych oraz oszczędzanie zasobów potrzebnych do jej przeprowadzenia. Fakt ten, w obliczu zmieniających się okoliczności, czyli ciągle zwiększającego się zapotrzebowania pacjentów i rodzin na terapię, przy jednoczesnym uszczuplaniu zasobów (odpływ terapeutów do sektora prywatnego, niedofinansowanie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz terapii rodzin w Polsce), może być wart uwzględnienia w przypadku decydowania o stosowaniu adekwatnych sposobów leczenia pacjentów nastoletnich z anoreksją psychiczną. Mamy nadzieję, że w przyszłości prowadzenie terapii wielorodzinnej w Polsce będzie nie tylko możliwe, ale i powszechne.

Piśmiennictwo

1. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol. Psychiatry* 2007; 61(3): 348–58.
2. Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk T, Żechowski C, Jarema M. Standardy leczenia zaburzeń odżywiania. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2008; 8(1): 20–40.
3. Dare C, Eisler I. A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *Eur. Eat Disord. Rev.* 2000; 8(1): 4–18.
4. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2010; 43(1): 1–5.
5. Józefik B. Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
6. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC. A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organization and family therapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 1975; 32(8): 1031–1038.

7. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
8. Palazzoli MS. Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. London: Chaucer Publishing Company; 1974.
9. Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 1987; 44(12): 1047–1056.
10. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russell GFM. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *Int. J. Eat Disord.* 1992; 12(4): 347–357.
11. Eisler I, Dare C, Russell GFM, Szmukler GI, Le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 1997; 54(11): 1025–1030.
12. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2000; 41(6): 727–736.
13. Eisler I, Simic M, Russell GFM, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 2007; 48(6): 552–560.
14. Dare C, Eisler I, Colahan M, Crowther C, Senior R, Asen E. The listening heart and the chi square: clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. *J. Fam. Ther.* 1995; 17(1): 31–57.
15. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1994; 15(2): 111–116.
16. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1999; 38(12): 1482–1489.
17. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Eat. Disord.* 2013; 46(1): 3–11.
18. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol. Med.* 2013; 43(12): 2477–2500.
19. Downs KJ, Blow AJ. A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: The last 25 years of research. *J. Fam. Ther.* 2013; 35(suppl. 1): 3–28.
20. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: Recognition and treatment; 2017.
21. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P i in. Treatment of patients with eating disorders. Third Edition. *Am. J. Psychiatry.* 2006; 163(7 suppl.), s. 1–54.
22. Józefik B. Terapia rodzin w leczeniu zaburzeń odżywiania. W: Bomba J, Józefik B, redaktorzy. Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu? Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003, s. 81–91.
23. Józefik B, Ulasińska R. Terapia rodzinna zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B, redaktor. Anoreksja i bulimia psychiczna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 138–144.
24. Laqueur HP, La Burt HA, Morong E. Multiple family therapy. W: Masserman J, red. Current psychiatric therapies. New York: Grune & Stratton; 1964, s. 150–154.
25. Asen E, Scholz M. Multi-family therapy: Concepts and techniques. New York: Routledge; 2010.
26. Asen E. Multiple family therapy: an overview. *J. Fam. Ther.* 2002; 24(1): 3–16.
27. Asen E, Dawson N, McHugh B. Multiple family therapy: The Marlborough model and its wider applications. London: Karnac; 2001.
28. Tomaszewicz AK, Taurogiński B. Terapia wielorodzinna — nowa metoda pracy z rodzinami. *Psychoter.* 2017; 182(3): 31–41.

29. Józefik B, Treger B. Terapia wielorodzinna dla rodzin z problemem domowej przemocy. *Psychoter.* 2015; 172(1): 47–57.
30. Scholz M, Asen E. Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2001; 9(1): 33–42.
31. Slagerman M, Yager J. Multiple family group treatment for eating disorders: a short term program. *Psychiatr. Med.* 1989; 7(4): 269–283.
32. Scholz M, Rix M, Scholz K, Gantchev K, Thömke V. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *J. Fam. Ther.* 2005; 27(2): 132–141.
33. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J. Fam. Ther.* 2005; 27(2): 104–131.
34. Voriadaki T, Simic M, Espie J, Eisler I. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: Adolescents' and parents' day-to-day experiences. *J. Fam. Ther.* 2015; 37(1): 5–23.
35. Eisler I, Simic M, Hodsoll J, Asen E, Berelowitz M, Connan F i in. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 2016; 16(1): 1–14.
36. Medway M, Rhodes P. Young people's experience of family therapy for anorexia nervosa: a qualitative meta-synthesis. *Adv. Eat. Disord.* 2016; 4(2): 189–207.
37. Rhodes P, Gosbee M, Madden S, Brown J. „Communities of concern” in the family-based treatment of anorexia nervosa: towards a consensus in the Maudsley model. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2005; 13(6): 392–398.
38. Asen K, Stein R, Stevens A, McHugh B, Greenwood J, Cooklin A. A day unit for families. *J. Fam. Ther.* 1982; 4(4): 345–358.
39. Cook-Darzens S, Doyen C, Brunaux F, Rupert F, Bouquet M-J, Bergametti F i in. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie Fam.* 2005; 26(3): 223–245.
40. Colahan M, Robinson PH. Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *J. Fam. Ther.* 2002; 24(1): 17–30.
41. Gelin Z, Fuso S, Hendrick S, Cook-Darzens S, Simon Y. The effects of a multiple family therapy on adolescents with eating disorders: an outcome study. *Fam. Process* 2015; 54(1): 160–172.
42. Gelin Z, Cook-Darzens S, Simon Y, Hendrick S. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eat. Weight Disord. Stud. Anorexia, Bulim. Obes.* 2016; 21(1): 19–30.
43. Fleminger S. A model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in The Netherlands. *J. Fam. Ther.* 2005; 27(2): 147–157.
44. Hollesen A, Clausen L, Rokkedal K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: A pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *J. Fam. Ther.* 2013; 35(suppl. 1): 53–67.
45. Mehl A, Tomanová J, Kuběna A, Papežová H. Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *J. Fam. Ther.* 2013; 35(suppl. 1): 82–101.
46. Salaminou E, Campbell M, Simic M, Kuipers E, Eisler I. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: an open study of 30 families. *J. Fam. Ther.* 2017; 39(4): 498–513.
47. Carrot B, Duclos J, Barry C, Radon L, Maria AS, Kaganski I i in. Multicenter randomized controlled trial on the comparison of multi-family therapy (MFT) and systemic single-family therapy (SFT) in young patients with anorexia nervosa: Study protocol of the THERAFAMBEST study. *Trials* 2019; 20(1): 1–14.

Adres: bartlomiej.tauroginski@gmail.com